

跨領域醫病溝通案例討論 學習手冊



台北醫學大學
醫學系、通識中心與藥學系合開
(99 學年度第二學期)

目 錄

| | |
|---------------------------------|----|
| 一、課程簡介 | 1 |
| 二、教學目標 | 2 |
| 三、教學大綱 | 3 |
| 四、授課方式 | 4 |
| 五、學習考核 | 5 |
| 六、參考資料 | 6 |
| 七、案例（各案例內容與劇本） | |
| 1. 案例 1-安寧緩和與代理決定-案例內容 | 7 |
| 2. 案例 1-安寧緩和與代理決定-劇本 | 22 |
| 3. 案例 2-醫病對話錄-案例內容 | 24 |
| 4. 案例 2-醫病對話錄-劇本 | 29 |
| 5. 案例 3-病人有拒絕治療的權利-案例內容 | 30 |
| 6. 案例 3-病人有拒絕治療的權利-劇本 | 34 |
| 7. 案例 4-用藥安全-病人辨識之省思-案例內容 | 37 |
| 8. 案例 4-用藥安全-病人辨識之省思-劇本 | 40 |
| 9. 案例 5-感染控制-案例內容 | 42 |
| 10. 案例 5-感染控制-劇本 | 47 |
| 11. 案例 6-如何監控視病猶親-案例內容 | 50 |
| 12. 案例 6-如何監控視病猶親-劇本 | 56 |
| 八、案例討論課注意事項 | 58 |
| 九、行動學習與反思課注意事項 | 59 |
| 十、老師對學生評量表單 | 60 |
| 十一、期中、末自辦之學生對教學評量表單 | 61 |
| 十二、期末報告匯集成冊出版 | 63 |

一、 課程簡介

本課程針對本校各學系學生開設之跨領域選修課程。主要提供醫學相關科系，不限年級學生設計成為跨學系整合性選修的醫病溝通臨床常見案例小組模擬體驗及討論課程。

英文簡介

The multidisciplinary health care provider-patient communication program is an elective course offering for students from each school, mainly designed to be integrated across the doctor-patient communication by two modes of learning, group acting and group discussion of clinical cases.

二、教學目標

本課程計劃以跨領域整合及多元化教學方式融入醫病溝通教育。

1. 以日常診療中常見的醫病溝通臨床案例當教材，與臨床應用接軌。
2. 藉由跨領域學習者的參與小組演戲及小組討論兩種模式，讓學生熟習進入臨床後即將面臨的醫療團隊跨領域合作照護運作模式及模擬醫療團隊中角色扮演之實境。
3. 經由跨領域團隊的小組報告及討論，激發學生自主學習。
4. 期末研究報告的擇優出版，為學生提供具優質的學習動機。
5. 設專屬課程討論網站，經由開放的討論空間於課堂前、中與課後的討論，多元化方式學習醫病溝通

三、教學大綱

跨領域科系不限年級 5~6 名學生組成一小組，以小組演劇、小組報告與共同討論方式，體驗自主之團隊合作與分工。是模擬實際臨床照護團隊運作的學習模式。小組演戲是以學習者為中心，實踐「行動導向學習」的手法，藉由親身體驗來達成教學成效。以各系授課教師收集及改編、修飾過的臨床實際的多元面向臨床醫學倫理案例為教材，上課方式為小組演戲、書面及口頭討論方式，預期選修學生為 10-20 名，2-4 組，每組 5-6 名同學。開學時由主授教師及教學助理依學生專業別，協助做跨領域分組。每組為各學系學生組成跨領域學習小組。

四、授課方式

一學期 13 次課。第 1 次：簡介、分組/評量方法說明。第 2~4 次：醫病溝通主題演講。第 5~13 次：臨床實際案例：6 次，行動學習與反思：2 次，期末報告--口頭競賽：1 次，加強學生未來面對及處理臨床相關醫療倫理及法律問題的知識、態度及技能。學期初由具法學碩博士資格之醫師做醫學倫理及法律主題講授三次，彌補基本知識之不足。三次醫病溝通主題是：

主題 (I): 1. 知情同意, 2. 代理決定, 3. 預立醫囑, 4. 病人隱私, 5. 告知壞消息
主題 (II): 6. 利益衝突, 7. 病人提出不當要求之處理, 8. 醫病關係, 9. 全人醫療, 10. 同儕倫理 11. 醫品倫理

主題 (III): 12. 醫療組織倫理, 13. 醫療法律, 14. 生技倫理, 15. 老人相關倫理議題。每個案例在上課前由授課老師交給全體同學案例案情及預設該案例討論議題 2~4 題，學生自己找尋出案例中之倫理問題及解決方案，由學生自己主導小組演戲、報告及討論之進行。本課程經由專屬課程討論網站 (MY TMU)，由兼任教學助理維護，每週授課之前鼓勵學生在討論網站中張貼當週指定閱讀教材心得並進行討論。兼任助理並需出席上課，協助課程進行討論，並記錄授課日誌。

(a) 課堂前、中、後報告：開學時助理將 6 個臨床實際案例平均分配給各組，由負責該案例的一組同學就下述三項相關資料查妥，並於授課當天於上課開始前繳交一張 A4 之 12 號字體 1.5 行間距之簡要書面報告。此一 A4 是不包括案例內容之文字。三項是：(1) 此案例所爭議的倫理議題之該組預設解答及其理由，(2) 與案例相關的法律條文 (3) 與案例相關參考資料。上課每次 2 小時討論一個案例。第一小時 (授課時間設定為 50 分鐘)：實施 IRS10 分鐘後，負責該案例之該組同學上台以演劇方式將案例表演 20 分鐘，再推派代表一至數位分別以上述三項做報告及全班討論共 20 分鐘。第二小時(授課時間設定為 50 分鐘)：前 30 分鐘全班繼續討論，後 20 分鐘授課老師講評、回饋及經驗分享。期末時每人須對全部案例擇其一繳交完整的之 A4 之 12 號字體 1.5 行間距之個人報告，每份報告包括上述三項內涵共至少 2 張，此報告之張數不包括案例內容文字。學期末撰寫心得報告，由授課教師擇其優者，匯集成冊出版。

(b) 實作設計：小組演劇時，病患是以虛擬方式，譬如診療床加蓋棉被、枕頭一套，家屬可由非此組同學擔任。

五、學習考核

分成平時考核、期末報告。

(a)評量方式：

1. 小組演戲(30%)：各案例負責組之組員上台演劇之表現，由當天授課教師評一個組分數。(行動學習與反思課：小組演戲：0%)
2. 小組報告(書面及口頭)(各10%)：各案例負責組之課前簡要書面報告、現場口頭報告，由當天授課教師評一個組分數。(行動學習與反思課：個人書面及口頭報告各25%)
3. 課堂互動(加分)：全班學生參與討論之表現，由主持教師當場決定加個人學期總分方式。
4. 期末報告(書面)(50%)：期末繳交報告。

(b)評分方法：指標：

1. 小組演劇：依團隊人際、同理心表現，對該組全體組員給同分數。
2. 小組報告(書面、口頭)：課前書面報告及現場口頭報告各佔一半，評分依據為收集資料完整性(法律條文、參考資料)50%、案例分析能力(對議題提供解答及其理由)50%。
3. 課堂互動：主持教師當場依各學生主動性、問題重要性、及應對之切題性做加總分1~5分之評量，不扣分。
4. 期末報告(書面)：收集資料完整性(法律條文、參考資料)50%、案例分析能力(對議題提供解答及其理由)50%。
5. 課程參與：第3次缺席起，每缺席一次扣2分。

六、參考資料

1. 張念中：醫病溝通技巧-70 案例、附專家講評 2011。元照出版社。
ISBN 978-986-255-092-2
2. 賴其萬：杏林筆記：行醫路上的人文省思 2010。經典雜誌。ISBN
978-986-82623-4-8
3. Peter A. Singer 編著，蔡甫昌編譯：臨床生命倫理學 2003。金名
圖書有限公司
4. 蔡甫昌：醫學倫理小班教學：案例與討論題綱 2006。金名圖書有
限公司
5. 蔡甫昌：臨床倫理病案討論 = Case discussion in clinical ethics
2007。當代醫學大庫 39。橘井文化事業股份有限公司
6. 蔡甫昌，臨床倫理委員會常見問答集 Q&A，黃金博物園區，行政
院衛生署，2005。ISBN-957017966X
7. 臨床溝通技巧指南。原著者： Harry Dalton/Simon Noble，編譯：
張亦嚴。江山出版社。

七、案例

1. 案例 1
安寧緩和與代理決定
(案例內容)
指導老師：張念中教授

【摘要】

安寧緩和醫療執行中之「代理決定」是「替無法為自己做醫療照護決定者做決定」的方式，是依據「尊重自主」的倫理原則。

有資格成為代理決定人者是最近親屬。依次是配偶、成人子女、孫子女、父母、兄弟姊妹、祖父母、曾祖父母或三親等旁系血親、一親等直系姻親。當以上之最近親屬意思表示不一致時，則以前順序親屬為優先。後順序者已出具同意書時，前順序者如有不同意思表示應於執行前以書面為之。同一款之最近親屬有二人以上時，其中一人出具書面之同意書即可。法律是依據書面內容為之。父母親雙方親權平等，父及母意見衝突時，由法院依據子女最佳利益決定之。病人有多位子女時，法律並無進一步細分這些人之優先順序，而解釋上應由全體子女共同決定，但法律上是依據書面，即子女間意見不一致，但其中有一人提出書面其他人沒提出時，依有書面者之意思執行之。

醫師應請家屬自行協調，代理人所要決定的並不是若自己處於病人的處境會希望獲得何種治療，而是病人希望獲得何種治療。當缺乏有關病患心願、價值觀與信念的充分資訊，或這些資訊呈現出彼此矛盾不一時，代理人就得決定什麼是該處境中對病患最有利的作法。當病患親屬意見相左時，醫師應引導他們將注意力放在「病人想獲得何種治療」及「符合病患最佳利益的做法」上。本次講座以

在醫院病房中實際發生之個案，探討處理流程。

【案例】

民國 94 年 1 月 5 日半夜 1 點外面氣溫是攝氏 7 度，加護病房黃老先生，82 歲，病況不穩，肺癌末期併發敗血症、呼吸衰竭，呼吸器使用中，使用生理食鹽水快速滴注並加入大量強心昇壓劑（註：臨床上常用的強心昇壓劑是多補命

[dopamin] 力復非他 [levophed] 及安得理那寧 [alrenaline]。多補命是杜帕明 [dopamine] 的商品名，力復非他是正腎上腺素 [norepinephrine] 的商品名，而安得理那寧是腎上腺素 [epinephrine] 的商品名。杜帕明、正腎上腺素與腎上腺素是 3 項交感神經興奮劑。杜帕明是正腎上腺素及腎上腺素的前驅物質)。病人四肢冰冷，已有發紺 (cyanosis)，收縮血壓維持不住，下降到收縮壓只有 60 毫米汞注。家屬趕來醫院，值班醫師向家屬解釋病情，並告知：「你我都已盡力了，現在各式藥物都用上去了，伯伯對所有藥物都沒有反應，如果突然心跳停止時，要不要做心臟按壓、心臟電擊術、等等」。家屬詢問：「做與不做差別在哪裡？會不會痛苦？」，醫師說：「其實痛苦的時間都過去了，他現在已經沒有意識，我們已做了一切的努力，再做心臟按壓、心臟電擊對他的幫助是有限的，你們考慮一下」。家屬說因為子女中最小且唯一女兒由高雄趕來途中，為維持血壓已再把 10 支安得理那寧加入點滴瓶中快速滴注，收縮血壓勉強維持在 50~60。清晨 2 點 30 分值班醫師又到病房探視病人，發現收縮壓只剩 54，但那位家屬仍未到，醫師隨即在醫囑欄開立另一新醫囑，同時告訴照顧那床的護理人員說：「我明天要開刀，又要看會診，就這樣做好了！」，並將病歷放置護理站台上病歷待處理區，當次開立醫囑內容為 Dopamin 3A iv st (多補命 3 支靜脈立即注射)。該床護士看到後立即以 PHS 問該值班醫師：「我要確認你的 order (指示) Dopamin 3A iv st 怎麼給」，醫師回答：「ㄊ，我『漏寫』了，應該是加入到現在的 iv bottle (點滴瓶) 中快速 drip (滴注)，我立刻來改」。

【討論議題】：

一、協助疾病末期病患移除呼吸器之流程

[解答]：

協助病患移除呼吸器之正確流程等於協助病人家屬簽署病患「不施行心肺復甦術(D.N.R.) 同意書」之流程：

由該病人負責醫師或值班醫師向病人家屬解釋「不可治癒的理由」，與病房護理人員及值班護理人員一起出示衛生署版「不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate；DNR）同意書」（**附件 1**）。問家屬是否要繼續做治療，是否要做心肺復甦術，再問他們做與不做哪些項，並在附件 1：不施行心肺復甦術之項目欄註明（註：把要實施的項目劃掉及把不實施的保留）

值班醫師於病歷記載「不可治癒的理由」：此病人已屬多臟器衰竭，經使用大量強心劑，血壓仍維持不起來。由兩位醫生在病歷內簽署，此兩位醫生應具有相關專科醫師，臨時且緊急時是加護病房具重症專科醫師者，並做及記錄。家屬簽後，將「不施行心肺復甦術同意書」夾病歷內，由護理人員告知在場病家此刻起「不施行心肺復甦術」之整個病人之變化及將處理之過程。

病人無自書之「意願書」且無「預立醫療委任代理人委任書」，而由病人家屬臨時簽「不施行心肺復甦術（DNR）同意書」，必需要有以上敘述之合法處理流程。醫師協助疾病末期病患移除呼吸器之執行 DNR 標準流程是依附件 2：安寧緩和醫療條例、安寧緩和醫療條例施行細則，及附件 3：親屬關係樹狀圖進行。

二、開立醫囑內容不明時之處理流程

[解答]：

執行醫囑之護理人員立即以 PHS 連絡確認勿猜測。執行及協助病人照護之全體醫護人員之 PHS 需 24 小時開機。正式請假者應有代理人且主管需知悉。醫師請假除依規定提出，一定需知會行政總醫師。

2006/01/21 初稿，2008/02/23 一修，2010/07/04 二修，2011/03/03 三修

【專家講評】

DNR (Do Not Resuscitate)

1. 實際運作是請值班護理長協助處理。應問家屬是否有病人以前自己簽的「意願書」，如果沒有，則請家屬填「同意書」。須告知家屬，病人之現況，協助家屬做決定。出示最近親屬順序之書面資料，家屬多人時，協助其排長幼之序。請他們共同討論，並約定時間提出決議。醫師先向在場家屬詢問其最近親屬，若在場親屬說最近親屬無法來，則做病歷紀錄，請在場親屬過目簽字，並與親屬討論，由最近親屬寫書面同意書。而前順序者出具書面，後順序者也出書面時，後順序者之書面無效。
2. 詳實依時間順序之病歷記錄，必要時請家屬簽名在病歷內。
3. 需確實查驗病人健保卡，以確認是否有病人本人之「意願書」及其內容。
4. 整個過程，保持「同理心」、「視病猶親」的憐憫態度，以尊重生命的人道專業表現，協助病人及其家屬渡過困境。說：「我和你一樣難過，你我都儘力了，他（她）或伯伯（婆婆）現在已經沒有痛苦」，以講同樣的話一再表示共同陣線之決心，也就是表現同理心。

您學習到的這個實際案例是屬於下列何種情境（可複選、重要者在前）？

- a. 知情同意
- b. 代理決定
- c. 預立醫囑
- d. 醫療法律
- e. 利益衝突
- f. 同儕倫理
- g. 醫療錯誤（過失/疏忽）
- h. 其它：（自填）_____

答案： b、c、d、a

附件 1

不施行心肺復甦術同意書（衛生署版）

病人_____罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，乃由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項之規定，同意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

同意人：

簽名：_____國民身分證統一編號：_____

住（居）所：

電話：_____

與病人之關係：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

安寧緩和醫療條例第七條條文

不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，應具相關專科醫師資格。

末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成人子女、孫子女。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。

附件 2

安寧緩和醫療條例

(各條文後方之括弧內之“解釋→”非為本條例之原文，是對各該條例之解釋文字)

中華民國八十九年五月二十三日 立法院三讀通過法案

中華民國八十九年六月七日 華總一義字第 8900135080 號令公布

中華民國九十一年十一月二十二日 修正第三、七條

中華民國九十一年十二月十一日 華總一義字第 09100239020 號令公布

中華民國一百年一月二十六日華總一義字第 10000015621 號令修

條 文

第一條

為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。

第二條

本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。

第三條

本條例專用名詞定義如下：

一、 **安寧緩和醫療**：指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之安寧醫療照護，或不施行心肺復甦術。

二、 **末期病人**：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證

據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。

三、 心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為。

四、 意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療全部或一部之人。(解釋：→“全部或一部”指“氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為”之“全部或一部份”)

第四條

I 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。(解釋：“意願書”→指病人自書者)

II 前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

一、 意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。

二、 意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。(解釋：→“全部或一部”指“氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為”之“全部或一部份”)

三、 立意願書之日期。

III 意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。(解釋：→指各該球隊之球員不可兼各該球隊參賽時之裁判)

第五條

I 二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。(解釋→指滿 20 歲)

II 前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無

法表達意願時，由代理人代為簽署。(解釋→ 病人若於“委任書”中沒書寫特定之處置內容，擔任“委任代理人”者可替病人於病人“無法表達意願時”，“逕行”做決定，但非“逕自”做決定。即代理人所要決定的並不是若自己處於病人的處境會希望獲得何種治療，而是病人希望獲得何種治療。當缺乏有關病患心願、價值觀與信念的充分資訊，或這些資訊呈現出彼此矛盾不一時，決定代理人就得決定什麼是該處境中對病患最有利的作法。醫師應引導他們將注意力放在「病人想獲得何種治療」及「符合病患最佳利益的做法」上)

第六條

意願人得隨時自行或由其代理人以書面撤回其意願之意思表示。

第六-一條

經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其安寧緩和醫療意願註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。但意願人或其醫療委任代理人依前條規定撤回意願時，應通報中央主管機關廢止該註記。前項簽署之意願書，應由醫療機構或衛生機關以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。經註記於健保卡之安寧緩和醫療意願，與意願人臨床醫療過程中明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準。

第七條

！不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

(附註：以下為第一項)

一、應由二位醫師診斷確為末期病人。

二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。（附註：以上為第一項）

II 前項第一款所定醫師，應具相關專科醫師資格。（附註：以上為第二項）

III 末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。（附註：以上為第三項）（解釋→ 例如病人預立小姨子擔任醫療委任代理人依本條可逕行代理簽署同意拔管，元配偶反對時，依法應聽從前者→此時醫療提供側應有所“警覺”，而應請其協調）

IV 前項最近親屬之範圍如下：（附註：以下為第四項）

一、配偶。

二、成人子女、孫子女。

三、父母。

四、兄弟姐妹。

五、祖父母。

六、曾祖父母或三親等旁系血親。

七、一親等直系姻親。

（附註：以下為第五項）

V 第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於施行或不施行心肺復甦術前以書面為之。（解釋→ 排在“前順序”之“最近親屬”可逕行簽“不施行心肺復甦術同意書”，但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。另再婚之配偶比親生子女法律上有權，另子女有書面，但配偶有相反意見時應以書面為之，配偶沒寫應屬放棄；但各寫一份且意見相反時，依法應配偶較有權，實際上醫

療人員應請其內部自行協調→但他們意見不同且堅持時提醫院之倫委會試解決。另外，病人有多位子女時，法律並無進一步細分這些人之優先順序而解釋上應由全體子女共同決定；但法律上是依據書面，即子女間意見不一致但其中有一人提出書面其他人沒提出時，依有書面者之意思執行之；另外，病人之父母親權同等力量，法律並無進一步細分優先順序而解釋上應由父母共同決定)；(解釋→前順序者出具書面，後順序者也出書面時，後順序者之書面無效

(附註：以下為第六項)

VI 末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。

VII 最近親屬未及於醫師施行心肺復甦術前，依第三項至第五項規定出具同意書時，原施予之心肺復甦術，得經醫療委任代理人或第四項第一款至第三款之親屬一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術。(解釋→這是用於非緊急狀態時，譬如插管用呼吸器中卻要拔管時，須第四項第一款至第三款之親屬一致共同簽署終止或撤除。緊急狀態時原施予之心肺復甦術內容，則由最近親屬出具同意書改變之)

VIII 前項得簽署同意書之親屬，有已死亡、失蹤或不能為意思表示時，由其餘親屬共同簽署之。(解釋→前項是指第七項。其餘親屬之“親屬”是指第四項第一款至第三款之親屬這群人而言)

IX 第七項之醫學倫理委員會應由醫學、倫理、法律專家及社會人士組成，其中倫理、法律專家及社會人士之比例，不得少於三分之一。

第八條

醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人

有明確意思表示欲知病情時，應予告知。（解釋→家屬：指在場家屬）

第九條

醫師對末期病人實施安寧緩和醫療時，應將第四條至第八條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。

第十條

醫師違反第七條規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。

第十一條

醫師違反第九條規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

第十二條

本條例所定之罰鍰、停業及廢止執業執照，由直轄市、縣（市）主管機關處罰之。

第十三條

（刪除）。

第十四條

本條例施行細則，由中央主管機關定之。

第十五條

本條例自公布日施行。

安寧緩和醫療條例施行細則

九十年四月二十五日衛署醫字第 0900022792 號令訂定發布施行

第一條

本細則依安寧緩和醫療條例（以下簡稱本條例）第十四條規定訂定之。

第二條

經診斷為本條例第三條第二款之末期病人者，醫師應於其病歷記載下列事項：

- 一、治療過程。
- 二、與該疾病相關之診斷。
- 三、診斷當時之病況、生命徵象及不可治癒之理由。

第三條

本條例第七條第一項第一款所稱之二位醫師，不以在同一時間診斷或同一醫療機構之醫師為限。

第四條

本條例第七條第二項所稱相關專科醫師，指與診斷末期病人所罹患嚴重傷病相關專業領域範圍之專科醫師。（解釋→前述之案例是 ICU 重症專科醫師、胸腔專科醫師、感染專科醫師或腫瘤專科醫師）

第五條

本條例第七條第五項所稱得以一人行之，於同條第四項所定同一款之最近親屬有二人以上時，指其中一人依同條第三項定出具同意書者，即為同意不施行心肺復甦術。（解釋→子女中有一人寫就可，沒寫者應屬放棄；但各寫一份且意見相反時→先請他們自己協調）

第六條

本條例第八條所稱家屬，指醫療機構實施安寧緩和醫療時，在場之家屬。

第七條

本條例第九條所定之意願書或同意書，應以正本為之。但病人轉診者，由原診治醫療機構留具影本，正本隨同病人轉診。

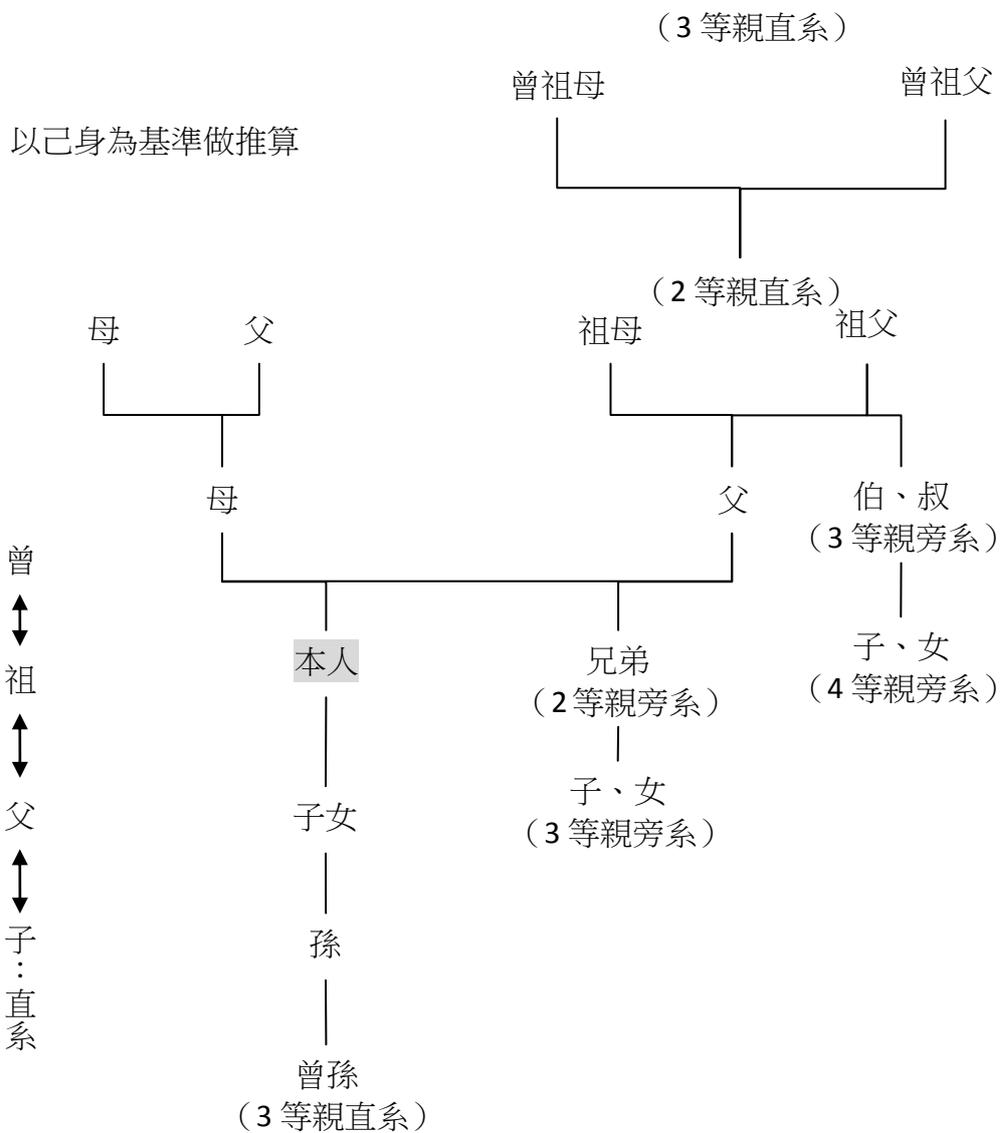
第八條

本細則自發布日施行。

附件 3

親屬關係圖樹狀圖

成人直系血親卑親屬：滿 20 歲之子女、孫、曾孫；三親等旁系血親：伯叔姑舅與
 侄甥的關係，一親等直系姻親：子女之配偶或配偶之父母。說明：譬如：親兄弟：
 本人→父母→兄弟，故為 2 等親，堂兄弟：本人→父母→祖父母→伯叔→子女，
 故為 4 等親。



2. 案例 1
安寧緩和與代理決定
(劇本)

指導老師：張念中教授

【地點】：內科 ICU

【角色】：6 人

1. 值班醫師：張
2. 家屬 3 人：王太太、大兒子、二兒子(沒有台詞：可由現場任何一位學員擔任)
3. ICU 該床專責護理師：吳
4. 說明者

【劇本】

說明者：民國 94 年 1 月 5 日半夜 1 點外面氣溫是攝氏 7 度，加護病房黃老先生，82 歲，病況不穩，肺癌末期併發敗血症、呼吸衰竭，呼吸器使用中，使用生理食鹽水快速滴注並加入大量強心昇壓劑（註：臨床上常用的強心昇壓劑是多補命〔dopamin〕力復非他〔levophed〕及安得理那寧〔alrenaline〕。多補命是杜帕明〔dopamine〕的商品名，力復非他是正腎上腺素〔norepinephrine〕的商品名，而安得理那寧是腎上腺素〔epinephrine〕的商品名。杜帕明、正腎上腺素與腎上腺素是 3 項交感神經興奮劑。杜帕明是正腎上腺素及腎上腺素的前驅物質）。病人四肢冰冷，已有發紺（cyanosis），收縮血壓維持不住，下降到收縮壓只有 60 毫米汞注。家屬趕來醫院，值班醫師向家屬解釋病情。

張醫師向著著急的家屬說：「你我都已盡力了，現在各式藥物都用上去了，伯伯對所有藥物都沒有反應，如果突然心跳停止時，要不要做心臟按壓、心臟電擊術、等等」。

大兒子詢問：「做與不做差別在哪裡？會不會痛苦？」，

張醫師說：「其實痛苦的時間都過去了，他現在已經沒有意識，我們已做了一切的努力，再做心臟按壓、心臟電擊對他的幫助是有限的，你們考慮一下」。

王太太說因為子女中最小且唯一女兒由高雄趕來途中

說明者：為維持血壓已再把 10 支安得理那寧加入點滴瓶中快速滴注，收縮血壓勉強維持在 50~60。清晨 2 點 30 分值班醫師又到病房探視病人，發現收縮壓只剩 54，但那位家屬仍未到，醫師隨即在醫囑欄開立另一新醫囑

張醫師向著該床專責吳護理師說：「我明天要開刀，又要看會診，就這樣做好了！」，隨即離去

說明者：醫師將病歷放置護理站台上病歷待處理區，當次開立醫囑內容為 Dopamin 3A iv st（多補命 3 支靜脈立即注射）。該床護士看到後立即以 PHS 問該值班醫師

吳護理師：「張醫師，我要確認你的 order（指示）Dopamin 3A iv st 怎麼給」，醫師回答：「ㄊ，我『漏寫』了，應該是加入到現在的 iv bottle（點滴瓶）中快速 drip（滴注），我立刻來改」。

3. 案例 2 醫病對話錄 (案例內容)

指導老師：林佳靜教授、張念中教授

【摘要】

醫生常自認行為沒有錯，為何要道歉。其實我們應學會說「抱歉」、「非常抱歉」、「對不起」、「真是對不起」、「不好意思」。本次案例討論醫療人員如何向病人說對不起。

【案例】

黃小姐，30 歲，近兩週來發生上班時安靜坐著打電腦中持續數小時的胸悶、喘不過氣來的感覺，他父親三個月前才因急性心肌梗塞過逝，他壓力很大，想自己是不是也快要一樣了，因此她到附近大醫院掛心臟內科求診。醫生詢問病史，並做心電圖及胸部 X 光檢查，發現是正常的。患者表示近來情緒壓力很大，醫生最終評估是因壓力大、情緒不穩導致了症狀，診斷應為「精神官能症」。看診的王醫生是一位認真的年輕心臟專科醫生，他的病人實在太多，他說：「小姐，我建議妳應該去看精神科」。黃小姐跳起來：「醫生，我像是有神經病嗎？你真的認為我有神經病嗎？」，醫生覺得很煩因為黃小姐的打扮不像是來看病的，令他厭惡，醫生說：「妳的心臟根本就是好好的，我覺得妳應該去看精神科」，病人哽咽，說：「你這個醫生怎麼這樣子沒醫德，不看就算了，還說人家是神經病」，她站起來很快的走出去。第 2 天醫院送來一張意外事件報告單要該醫生填寫，原來黃小姐去投訴，要求醫生道歉。

【討論議題】：

一、 此案例中之醫生主角應如何做應對？

[解答]：

經醫生詳加診療判定非因器質性障礙 (organic disorder) 是精神性障

礙 (psychogenic disorder) 時，應委婉的解釋，譬如這個案例醫生問病史後，即使已知是屬精神性障礙，也不要立即說破，仍需依常規做完整的身体(理學)檢查尤其是心肺理學檢查之後，再說：「小姐，您的心臟經過我替妳詳細診療，目前應該是正常的，請您放心」。通常病人會充滿疑慮的問：「那我為什麼會胸悶喘不過來呢？」，醫生應再度解釋：「最有可能是您最近精神壓力過大造成的，我建議您做一些運動，使緊繃的情緒放鬆，我可以開一些藥幫助您放鬆解除壓力」，或者另加委婉說明「對不起，我建議您可以去掛身心科看一看，做心理諮詢，好嗎？！」，大部分病人應該可以接受的。醫生必須在病歷內紀錄：「本次診療心臟是正常的，已告知若有任何變化請立即回診，不限原診治醫師，或直接掛急診接受必要診療」，並寫上告知之月日時分來保護自己，因臨床上確實有年輕人發生心肌梗塞啊！當然要安排做心電圖及胸部 X 光也應在病歷內記錄「病人有...之症狀，害怕心肌梗塞或肺有病變（註：醫師一般是以英文書寫病歷：fear of AMI or lung lesion）而做心電圖、胸部 X 光」云云，以避免被核刪。

二、 精神官能症 (neurosis; ICD : 300) 的使用時機？

[解答]：

未做精神科會診前，「精神官能症」是疑診不是確診，但病歷上診斷欄位無「疑」診，建議醫生在 S (是 subjective，“自覺”之簡寫，是指“自覺症狀[symptom]”)及 O (是 objective，“他覺”之簡寫，是指“他覺徵候[sign]”)欄位加「疑有精神官能症」(suspect neurosis)。病患當然不能接受醫生認定他(她)心理有問題，或者醫生可用「慮病 (ICD : 300.7)」或「心因性引起生理功能障礙 (ICD: 306)、或「自律神經失調 (ICD:337)」來取代，比較不會遭受質疑，徒增困擾。最近有些保險公司對於有精神官能症之診斷名之民眾拒保。

三、 向病患說抱歉？

[解答]：

經常看到，住院病人或其家屬向來量血壓、體溫的護理人員或來迴診的住院醫師、實習醫師詢問說：「我怎麼沒看到我的主治醫師來？」或「我想向主治醫師請教一些問題」時，往往得到的回答是：「他在上刀」，但到了晚上，主治醫師還沒來，家屬再度詢問時，得到的再回答是：「X醫師開完刀已離開開刀房，我們用 PHS 聯絡但沒有回音」。其實在第一次被詢問時就應改說：「抱歉（或不好意思），○醫師在上刀，我能代為處理什麼事嗎？，或請問要我轉告他什麼事嗎？」。「代理處理何事」及「轉告何事」這兩件事一定一起說，先了解病患及家屬的需求後，再立即聯絡轉告主治醫生或他的助手（醫師助理），並在病歷上做記錄以示負責。醫療團隊的成員往往只回答「他在上刀（或他應該是在上刀）」，而沒有做進一步處理，或回答「他在上刀（或他應該是在上刀），我們來聯絡看看」卻沒有真正轉告主治醫師說病患及其家屬在找他。也偶而聽護理人員或住院醫師被如此詢問時回答說「○醫師今天在○○醫院（另一家醫院）看診」，病患家屬聽了當然會覺得沒有受到尊重。往往病患及家屬的話沒有立即或甚至於根本沒有傳達給住院醫師及主治醫師知道。

身為該位病患醫療團隊的一員，應有團隊醫療同舟共濟的概念。現行醫糾處理方式幾乎是由主治醫師負全責，醫療團隊其他成員的責任分擔比重往往過輕，或甚至以學習中為理由而免責，應修正之。

對於每一次事件應確實做檢討，開檢討會時，醫療團隊全員到齊後才開始做檢討來釐清責任歸屬、討論對策及改進方案，使醫療團隊每一位成員認清某件個案自己應有的角色、自己應負擔的責任，進一步學習未來有類似情況發生時自己應有的對應。常見醫院在開對家屬說明會時或開內部檢討會時，尤其是開內部檢討會時，事件的主角們（多半不只一位）遲到

或早退（往往臨時被 Call 機 call 走，或開檢討會中主角邊講手機討論另一件醫療處理），以至於開完檢討會後仍不知道自己在此事件中應有的角色、責任的分擔及其嚴重度。

2006/07/11 初稿、2008/01/24 一修、2008/7/28 二修、2010/07/11 三修

【專家講評】

醫療 EQ

胡媽媽帶著氣喘發作的小朋友來看診。

醫師：「您的小寶貝有一點氣喘！是因為小寶貝的氣管對環境的過敏原，或是因為天氣變化刺激，引起發炎，厲害一點就會喘起來。」

媽媽：「是喔？！那氣管是什麼？？」

醫師：「氣管就是我們身體把環境中的氧氣，吸到肺時經過的管道。」

媽媽：「醫生你說發炎，小寶有發炎喔？？」

醫師：「是的，他喉嚨有一點點紅。」

媽媽：「喔！喉嚨有一點點紅是什麼意思？」

醫師：「喉嚨有點紅就是有一點發炎。」

媽媽：「氣喘，就會發炎嗎？」

醫師：「不是，不是，是發炎造成氣喘。」

媽媽：「喔！是發炎造成氣喘，那為什麼會發炎？」

醫師：「發炎就是氣管受到刺激引起的。」

媽媽：「氣管受到刺激該怎麼辦？」

醫師：「剛剛已經說過了，小寶貝的氣管對環境的過敏原或天氣變化，引起發炎，厲害一點就會喘起來。」

媽媽：「我家小寶有過敏嗎？過敏是什麼？」

醫師：「過敏是一種體質，有可能是遺傳，也有可能是環境因子。」

媽媽：「我！沒有聽說過我家有這種遺傳，那！什麼是環境因子呢？」

醫師：「嗯...，他是有一點發炎，所以回家要吃藥」

醫師目送者，胡媽媽走出診間

媽媽猛一回頭又問：「那...醫生，小寶有沒有氣喘？」

醫師：「我已經跟您說明很多次了...是有一點點了。」

這樣的回答其實經常上演，醫師以為已經解釋的夠詳細，病人其實還是沒有了解，醫師卻已感受到行醫真的是磨練耐心和 EQ 的工作，類似的對話每天發生，醫生要怎麼應付？

建議作法：

1. 少用術語，諸如：氣管、過敏、過敏原、發炎。譬如可以說「小寶寶肺比較敏感」，若媽媽問敏感是什麼，醫師可以說：「敏感就是有一點敏感，比如說曬太陽後皮膚會癢，就是有一點敏感，吹到冷氣會打噴嚏，就是有一點敏感」，使用「過敏」一字，等於又加一個專有名詞。
2. 簡單的因果關連之說明。譬如可說：「小寶寶肺比較敏感引起的氣喘」。
3. 配合以疾病之演變圖及壁報說明。醫師可以指著疾病演變圖，說明因果關連。
4. 對於相同的簡單內容，重複說明與回答。
5. 帶著口罩。
6. 心存「同理心」、「視病猶親」的回答。

註：EQ 是 emotional quotient 之簡寫，是翻譯成「情緒智商」。

您學習到的這個實際案例是屬於下列何種情境（可複選、重要者在前）？

- a. 知情同意
- b. 代理決定
- c. 預立醫囑
- d. 醫療法律
- e. 利益衝突
- f. 同儕倫理
- g. 醫療錯誤（過失/疏忽）
- h. 其它：(自填) _____

答案： a

4. 案例 2 醫病對話錄 (劇本)

指導老師：林佳靜教授、張念中教授

【地點】：內科門診診間

【角色】：3 人

1. 醫師：王醫師(男性)
2. 病人：黃小姐
3. 說明者

【劇本】

說明者：

黃小姐，24 歲，近兩週來發生上班時安靜坐著打電腦中持續數小時的胸悶、喘不過氣來的感覺，他父親三個月前才因急性心肌梗塞過逝，他壓力很大，想自己是不是也快要一樣了，因此她到附近大醫院掛心臟內科求診。

醫生詢問病史，並做心電圖及胸部 X 光檢查，發現是正常的。患者表示近來情緒壓力很大，醫生最終評估是因壓力大、情緒不穩導致了症狀，診斷應為「精神官能症」。看診的王醫生是一位認真的年輕心臟專科醫生，他的病人實在太多

王醫師：「小姐，我看您的心臟是正常的，我建議妳應該去看精神科」

黃小姐：「醫生，我像是有神經病嗎？你真的認為我有神經病嗎？」

說明者：醫生覺得很煩因為黃小姐的打扮不像是來看病的，令他厭惡

王醫師：「妳的心臟根本就是好好的，我覺得妳真是應該去看精神科」，

黃小姐：(哽咽)，：「你這個醫生怎麼這樣子沒醫德，不看就算了，還說人家是神經病」(她站起來很快的走出去)。

說明者：第 2 天醫院送來一張意外事件報告單要該醫生填寫，原來黃小姐去投訴，要求醫生道歉。

5. 案例 3 病人有拒絕治療的權利 (案例內容)

指導老師：張念中教授、曾櫻枝老師

【摘要】

台灣65歲以上老齡人口很快就會達到20%，在醫院住院或在家臥床的，中風、半昏迷、植物人、癡呆症或癌症末期病人很多。他們依靠儀器設備勉強維持生命徵象，繼續著個人所謂「沒意義」的「生命」。其中有人要求尊嚴死，就是要求拒絕治療的權利。本次由實際的在醫院病房發生的個案，探討照護病人需要醫師、護理師及家屬三方面的愛心、熱忱、責任及不傷害原則。

【案例】

1518-2 病患張先生 88 歲，慢性腎衰竭、心衰竭、糖尿病、中風後合併痴呆及大腸癌末期，於民國 98 年 9 月 20 日半夜 0 點 30 分左右，病患自拔經鼻胃管 (NG tube)，大聲喊叫「我不要了」。大夜護理師通知實習醫師施醫師：「病人要插鼻胃管」。因病患有點意識不清，無法吞嚥，施醫師為病患嘗試插了 30 分鐘終於插 (on) 上。早上 6 點半，護理師再通知施醫師來為病患插鼻胃管因病患又自拔第六次，施醫師且已插了五次。當護理師正在為隔壁房間病人更換手術衣時，聽到此病患大聲的呻吟，約 7：00AM 護理師至此床預為病人灌飯前藥，結果發現病人沒有插著鼻胃管，病人妻子說剛剛他又自己拔掉。護理師又回護理站通知施醫師，「不好意思，剛剛病人又把 NG 拔掉，麻煩你再來幫病人重 on，因為我現在要為他灌藥了」。7：15 AM，當護理師到另一端病室量血壓時，聽到紅燈響，到走廊看到 1518 號房之門外屋頂紅燈亮著，阿嬤站在門口，阿嬤說「我在找妳，醫師說他要拿藥」。護士走進 1518 房，看到施醫師坐在病人床旁椅，問護理師「妳藥磨好了沒？」，護理師回護理站拿已磨好的藥回 1518-2，施醫師把護理師

手上的藥搶拿過來，護理師就站在病患左側床尾看施醫師要作什麼，阿嬤則站左側床頭。施醫師站在床之右側，大聲問：「水在哪裡？」，阿嬤用右手食指指向床旁桌說：「在那裡」，施醫師就將藥杯加水以灌食針筒吸後灌入鼻胃管中，因藥沒有灌完，又加水並用吸管攪拌再灌入，連續灌三次終於灌完，過程中因過於著急，灌入許多空氣。灌當中護理師說：「我來好嗎？」，但施醫師沒有理會護理師，施醫師邊灌邊對病患吼著說：「你要拔，等我灌完再拔」，施醫師再問：「牛奶呢？」，阿嬤說「我們都吃醫院的，現在還沒送」。施醫師灌完藥將空針往病人床上一丟，即往病房門口走，護理師急著向施醫師說：「東西是這樣放的嗎？」，施醫師回頭把灌食針筒及手套檢起來放到病人床旁桌上隨即離去，護理師隨後跟出來向施醫師說：「你不要態度這麼差！」。護士接著再問：「你知不知道你灌多少？因為我要記 IO（註：IO 是簡寫 I/O 的口語用法，I/O 是 I and O 也是 intake and output 之簡寫，Intake 是「輸入病人身體總量」，包括由口或鼻管吃進去的及點滴打進去的，output 是「移出病人身體之總量」，包括小便、大便、吐出來、由尿管、鼻胃管、手術引流管等各式管路移出的量之加總），施醫師說：「我也不知道灌了多少，這樣才可以把藥全給完」。施醫師離開後，護理師隨後又到 1518-2 為剛才的事向阿嬤道歉，阿嬤說：「我們在這裡讓人家治療，沒辦法，你們要怎麼做就隨你們，你怎麼那麼棒，還叫他回來收，看來他昨夜都沒睡！」，護理師再次為此事件向阿嬤道歉，請她不要介意。

【討論】

此案例的病人安全及醫學倫理顧慮

解答：站在病人安全及醫學倫理角度看此事件，有下列幾點值得我們深思：

1. 病患張先生因進食量太少，故插鼻胃管灌食。病患自加護病房轉入病房意識仍算清醒，沒有需約束的理由，故未對病患作約束，醫囑單也沒有約束病人的醫囑，何況有家屬在旁。

2. 灌食是護理人員執行的基本技術之一，任何人要灌食，一定經過教導及回覆示教。施醫師插上鼻胃管後，又替病人灌藥，但當護理人員發現其灌食技巧錯誤時，提醒換手由護理人員執行時，卻相應不理，孰不知此病患有心臟衰竭及慢性腎衰竭問題，需注意水分的供給，也可能因灌食技術不當或過急，多灌了不必要的水及許多空氣進入腸道，雖沒有立即的傷害發生，已違反倫理中的「不傷害原則」。
3. 在施醫師為病患灌藥的過程中，說了「你要拔，等我灌完再拔」的話，不是作為一個醫療人員應有的態度，當他灌完藥後，不僅未立即將灌食用具收好，或請家屬處理，反而是將灌食用具往病人床上拋，所幸未打到病患，再次違反「安全原則」。
4. 值班實習醫師施醫師大夜為此病患總共插鼻胃管六次，因難插，大夜都不得休息，他為此病患灌晨藥及想要為病患灌牛奶是很有熱忱，也怕病人又自拔屬自己責任，否則 7:15 AM 已是第六次為病人插上鼻胃管後也快接近醫師交班時間，更何況他一夜沒睡！
5. 家屬似乎缺乏對病人愛心，當然家屬也知道 NG 是病人生命線，應協助醫療人員儘量避免病人自拔鼻胃管。
6. 護理人員要維護病人安全，又須顧及醫師的自尊及避免醫療糾紛，真難為，更何況「施醫師實際具熱忱及責任心」。

2005/11/25 初稿、2008/02/23 一修、2010/07/05 二修

【專家講評】

痛不欲生，怎麼辦？

病人大聲喊叫「我不要了」或「死了算了」，不能就當作他（她）要求「死」。多半是病人覺得太痛苦，所謂「痛不欲生」。醫護人員應心存「同理心」、「視病猶親」，儘量給予安慰及處理。而是否做進一步的醫療積極處置，需要經過完整、

完全的解釋病情，在「知情同意」後，依據「預立醫囑」與「代理決定」內容來處理。這一定要與病人本人、家屬，尤其本案例宜請病人兒女介入，向他們充分解說病人現狀，讓他們完整、完全了解後，由病人及家屬做成決定。

您學習到的這個實際案例是屬於下列何種情境（可複選）？

- a. 知情同意
- b. 代理決定
- c. 預立醫囑
- d. 醫療法律
- e. 利益衝突
- f. 同儕倫理
- g. 醫療錯誤（過失/疏忽）
- h. 其它：（自填）_____

答案： b、c、d、a

6. 案例 3
病人有拒絕治療的權利
(劇本)

指導老師：張念中教授、曾櫻枝老師

【地點】：普通病房 1518-2

【角色】：5 人

1. 病患本人：張伯伯，88 歲
2. 病人妻子：83 歲
3. 大夜護理師：吳護理師
4. 實習醫師：施醫師
5. 說明者

【劇本】：

說明者：1518-2 病患張先生 88 歲，慢性腎衰竭、心衰竭、糖尿病、中風後合併痴呆及大腸癌末期，於民國 98 年 9 月 20 日半夜 0 點 30 分左右，病患自拔經鼻胃管 (NG tube)

病患：大聲喊叫「我不要了」

大夜護理師：call 施實習醫師 PHS：「施醫師，病人要插鼻胃管」。

說明者：因病患有點意識不清，無法吞嚥，施醫師為病患嘗試插了 30 分鐘終於插 (on) 上。早上 6 點半，護理師再通知施醫師來為病患插鼻胃管，因病患又自拔第六次，施醫師且已插了五次。當護士正在為隔壁房間病人更換手術衣時，聽到此病患大聲的呻吟，約 7：00AM 護士至此床預為病人灌飯前藥，結果發現病人沒有插著鼻胃管

病人妻子：「剛剛他又自己拔掉了，真沒辦法」。

大夜護理師：再 call 施實習醫師 PHS：「施醫師，不好意思，剛剛病人又把 NG 拔掉，麻煩你再來幫病人重 on，因為我現在要為他灌藥了」。

說明者：7：15 AM，當護士到房病另一端量血壓時，聽到紅燈響，到走廊外看到 1518 號房之門外屋頂紅燈亮著，阿嬤站在門口，

病人妻子：向大夜護理師說：「我在找妳，醫師說他要拿藥」。

說明者：護士走進 1518 房，看到施醫師站在病人床旁

施實習醫師：向大夜護理師說：「妳藥磨好了沒？」，

說明者：護士回護理站拿已磨好的藥回 1518-2，施醫師伸手把護士手上的藥搶拿過來，護理師站在病患左側床尾看施醫師要作什麼，阿嬤則站左側床頭。施醫師站在床之右側

施實習醫師：大聲問：「水在哪裡？」，

病人妻子：阿嬤用右手食指指向床旁桌說：「在那裡」，

說明者：施醫師就將藥杯加水以灌食針筒吸後灌入鼻胃管中，因藥沒有灌完，又加水並用吸管攪拌再灌入，連續灌三次終於灌完，過程中因過於著急，灌入許多空氣。施醫師灌當中...

大夜護理師：「我來好嗎？」

說明者：但施醫師沒有理會護理師

施實習醫師：施醫師邊灌邊對病患吼著：「你要拔，等我灌完再拔；牛奶呢？」

病人妻子：「我們都吃醫院的，現在還沒送」。

說明者：施醫師灌完藥將空針往病人床上一丟，即往病房門口走，護士急著向施醫師說

大夜護理師：「東西是這樣放的嗎？」

說明者：施醫師回頭把灌食針筒及手套檢起來放到病人床旁桌上隨即離去，護士隨後跟出來向施醫師說....

大夜護理師：「你不要態度這麼差！」。

大夜護理師：「你知不知道你灌多少？因為我要記 IO 」

說明者：IO 是簡寫 I/O 的口語用法，I/O 是 I and O 也是 intake and output 之簡

寫，Intake 是「輸入病人身體總量」，包括由口或鼻管吃進去的及點滴打進去的，output 是「移出病人身體之總量」，包括小便、大便、吐出來、由尿管、鼻胃管、手術引流管等各式管路移出的量之加總

施實習醫師：「我也不知道灌了多少，這樣才可以把藥全給完」。

說明者：施醫師離開後，護士隨後又到 1518-2 為剛才的事向阿嬤道歉

病人妻子：「我們在這裡讓人家治療，沒辦法，你們要怎麼做就隨你們，你怎麼那麼棒，還叫他回來收，看來他昨夜都沒睡！」，

說明者：護士再次為此事件向阿嬤道歉，請她不要介意。

7. 案例 4

用藥安全：病人辨識之省思-

(案例內容)

指導老師：林佳靜教授、張念中教授

【摘要】

醫策會之醫院病人安全目標及策略中很重要的一項是，提升病人辨識的正確性。要如何建立病患辨識系統呢？方法有二：一是以主動溝通方式確認病人，就是「請問貴姓大名」而非直接叫病人名字，二是至少要有二種以上辨識病人身分之方法。本次實際個案討論如何以主動溝通方式來確認病人的流程。

【案例】：

王大頭先生，24 歲，某夜與公司友人喝兩杯後迷迷糊糊，回家路上不小心，走上捷運台階時前腳踩了一個空，大頭碰破了，血流不止。他太太去南部出差，所以他一個人趕緊叫計程車去某大醫院看急診，急診醫師及護士為他消毒、縫三針後再塗藥、包紮，醫生開了三天藥叫他到急診藥局前拿藥，那時已是半夜一點。急診藥局前椅子上只有他一個人，急診值班藥師叫名字，他應「有」，拿了藥回家吃了兩天傷口不痛了，太太也回來了。太太看藥袋上明明寫著李阿香，原來他老公吃別人的藥，而且大額頭還包著紗布，她很生氣責問他老公說李阿香是你什麼人，我才兩天不在你就變成這樣子，老公莫名其妙。心想，啊！原來兩天前拿錯藥。他老婆很生氣去醫院社工室理論，社工室趕緊問當夜急診藥師，急診藥師回答說：「我叫李阿香時，他回答有，我以為他是李阿香家屬就把那包藥袋給他，因那時急診藥局窗口前沒有別人」。經查證李阿香是當夜有來急診看發燒感冒，是在王先生到急診前半小時看過診，因忘帶健保卡，回家拿卡，結果沒有來取藥，該急診值班藥師第二天早晨下班前也沒有向上級呈報，也沒有主動聯絡病人做追查的動作。因為值班藥師查後發現這兩包藥都是一樣，同是止痛藥及第一線抗生素，所以沒有向上級呈報。

【討論議題】：

如何建立病患辨識系統？

[解答]：

以主動溝通方式確認病人，譬如說：「請問貴姓大名」而非直接叫名字，及至少要有二種以上辨識病人身分之方法。開放式問答法（例如：您的大名是...?您的生日是什麼時候...?等；而非用「您是李○○生嗎? 您是民國○年○月○日生的嗎?」)的方式確認病人身分。且確認病人時，務必獲得病人正確回答；未確認或不確定病人身分時，應及時予以澄清。病人無法親自應答時之適當辨識方式：無法回應或意識不清病人(新生兒、幼童、虛弱、重病、智能不足或已入睡等病人)：

1. 有家屬或照護者之病人，則可請家屬或照護者提供病人姓名及出生年月日等辨識相關資料。
2. 無家屬或照護者之病人，使用病歷記載之病人身分資料核對辨識工具（手圈）資料，且至少需核對病人姓名與出生年月日二種以上病人辨識資料。

辨識病人統一以病人姓名及出生年月日為辨識方式，如病人無法主動說出，可參考屬於病人「個別的」資訊，如掛在病人身上之手圈資料、健保卡及身分證等。若遇特殊情況無法以病人姓名及出生年月日為辨識方式，則以病人身分證字號、病歷號等方式確認病人身分。病人的床號、檢查號或留觀檢查處所不可作為病人辨識之方式。如以手圈當做病人辨識之工具，手圈如離開病人身上，置於桌上或圈於病床欄杆上則不可用來做病人辨識的工具。

2006/06/21初稿、2008/02/25一修、2010/05/30二修、2010/06/23三修、
2010/07/10四修、2010/03/02五修

【專家講評】

病人安全國際目標

病人安全國際目標（International Patient Safety Goals；IPSG）共有六項：

1. 正確辨識病人本人。
2. 促進團隊有效溝通。
3. 提昇用藥安全，包括減少交互副作用。
4. 確保術式、及部位正確。
5. 減少醫療相關感染風險。

6. 減少病人跌倒傷害。

請問您：

1. 在日常診療當中最常見的3項，最常見者排第一：依個人見解，依次是1、2、3
2. 在日常診療當中最難達成的3項，最難者排第一：依個人見解，依次是5、3、2

您學習到的這個實際案例是屬於下列何種情境（可複選、重要者在前）？

- a. 知情同意
- b. 代理決定
- c. 預立醫囑
- d. 醫療法律
- e. 利益衝突
- f. 同儕倫理
- g. 醫療錯誤（過失/疏忽）
- h. 其它：（自填）_____

答案：g、h：病人安全(病人辨識)、用藥安全

8. 案例 4

用藥安全：病人辨識之省思-

(劇本)

指導老師：林佳靜教授、張念中教授

【地點】：夜間急診藥局領藥櫃檯

【角色】：3 人

1.藥師：夜間急診藥局值班吳藥師（女性）

2.病人：王先生

3.說明者

【劇本】

說明者：王大頭先生，24 歲，某夜與公司友人喝兩杯後迷迷糊糊，回家路上不小心，走上捷運台階時前腳踩了一個空，大頭碰破了，血流不止。他太太去南部出差，所以他一個人趕緊叫計程車去某大醫院看急診，急診醫師及護士為他消毒、縫三針後再塗藥、包紮，醫生開了三天藥叫他到急診藥局前拿藥，那時已是半夜一點。王先生迷迷糊糊，他已經快睡覺了，急診藥局前椅子上只有他一個人。

夜間急診藥局值班吳藥師(輕聲)：「李阿香」

王先生(低著頭、半醒不醒)：「有」

說明者：病人拿了藥袋回家吃了兩天傷口不痛了，太太也回來了。太太看藥袋上明明寫著李阿香，原來他老公吃別人的藥，而且大額頭還包著紗布，她很生氣責問他老公說李阿香是你什麼人，我才兩天不在你就變成這樣子，老公莫名其妙。心想，啊！原來兩天前拿錯藥。他老婆很生氣去醫院社工室理論，社工室趕緊問當夜急診吳藥師。

夜間急診藥局值班吳藥師：「我叫李阿香時，他回答有，我以為他是李阿香家屬就把那包藥袋給他，因那時急診藥局窗口前沒有別人」。

說明者：經查證李阿香是當夜有來急診看發燒感冒，是在王先生到急診前半小時看過診，因忘帶健保卡，回家拿卡，結果沒有來取藥，該急診值班藥師第二天早

晨下班前也沒有向上級呈報，也沒有主動聯絡病人做追查的動作。因為值班藥師查後發現這兩包藥都是一樣，同是止痛藥及第一線抗生素，所以沒有向上級呈報。

9. 案例 5 感染控制 (案例內容)

指導老師：張念中教授、曾櫻枝老師

【摘要】

減少院內感染人人有責，從專業及倫理再教育之舉辦與全體員工參與到實際稽核論賞罰，都應該落實執行才能有效減少。本次以實際個案討論道德與法律用於提昇醫療品質之角色。

【案例】

黃先生，71 歲，生來健康，唯有血壓值偏高，收縮壓約為 150 到 160 毫米汞柱，他並沒有吃降壓劑。他近五年來常有胃酸過多現象，一星期前解黑便，他漸覺全身無力，這種無力感愈來愈厲害，因此他到附近的大醫院看急診。急診醫生為他量血壓發現收縮壓只有 92 毫米汞柱，醫生做緊急指示後，他被推到留觀區，該床負責護理師很快為他打上靜脈留置針，並由留置針抽血送檢，護理師接著在留置針後方接上輸血用點滴滴注管 (Blood transfusion set) 及生理食鹽水塑膠瓶，依醫生指示調節每小時滴下速率為 150 西西。30 分鐘後血紅素數據出來是 7.2，病歷內有一年前黃先生參加該醫院為社區老人安排的體檢記錄，當時血紅素是 14.3，屬正常，本次顯然是一次腸胃出血合併因失血造成的低血壓。急診醫生立即為他安排輸血，一小時後血庫通知來領血，並由急診的兩名護理師三讀核對血型、Rh 型及血袋上的號碼標籤，核對無誤後，由留觀區該床負責護理師拿著血袋到病床旁，護理師把點滴滴注管插到生理食鹽水塑膠瓶橡皮頭部位用力拔

開，再把點滴滴注管倒插入血袋，血很快順滴注管注入靜脈內。兩小時半後 200 西西的濃厚紅血球 (packed red blood cells) 滴完，護理師再去拿第二袋，用同法插接上，第二袋順利滴注完成，滴注完全後，護理師來接上生理食鹽水沖洗，並為病人再量血壓，發現血壓已恢復到收縮壓為 108 毫米汞柱。病人感覺好多了，醫生指示收住院到腸胃科病房觀察，第二天早八點做了血紅素追蹤檢查，結果出來是 9.0，血壓也恢復到收縮壓 134 毫米汞柱。兩天後病人開始發燒，但沒有咳嗽、頻尿或腹痛不適，感染指數 (C-反應蛋白) 高達 27.8，間隔 30 分鐘的兩次動脈血液各 10 西西被抽去做培養，兩天後兩套血液培養皆長出菌來，做染色皆是革蘭氏陽性球菌，再兩天後證實兩套皆培養出抗藥性葡萄球菌 (Oxacilline resistant staphylococcus aureus; ORSA)，醫生知道報告後立即指示為病人打上萬古黴素 (Vancomycin) 靜脈點滴。兩週後出現嚴重的萬古黴素副作用，發燒卻持續不退，感染指數居高不下，他開始喘起來，胸部 X 光出現肺水腫，心電圖無特殊變化，經食道心臟超音波證實主動脈瓣上有破洞合併重度逆流，原來細菌已侵犯到主動脈瓣，在其上長出菌塊而將之破壞。為病人做經食道心臟超音波的心臟內科醫生建議會診心臟外科評估緊急手術之必要性及危險性。外科醫生與家屬討論，外科醫生告訴病人家屬逆流已達重度需手術置換人工瓣膜，但此時手術之危險高達 50%，意思是只有一半會成功。家屬中有一位是某醫學院微生物學老師，問細菌是哪一隻？醫生回答是葡萄球菌。醫生問與病人同住的家屬，證實病人近兩週並無任何大的皮膚傷口、也無拔牙、處理牙齒病史，他也沒有接受

任何侵襲性檢查、處置的病史，且病人除了本次急診輸血外，近兩週也無任何靜脈注射之病史，他也非毒癮之個案。做經食道超音波次日病人在加護病房突然發生心室顫動猝死。家屬求償 2000 萬，本個案後來由該醫院醫糾處理小組會議決定支付慰問金 200 萬，家屬勉強接受。醫院醫糾處理小組會議判定責任屬於「疏忽、督導不周」，由院基金支付 70%，急診科基金支付 10%，急診接案主治醫師個人支付 20%，但院內沒有其它人被追究。急診接案主治醫師被該醫院醫糾處理小組判定個人需支付慰問金的 20%，覺得很委屈，他去翻閱病歷看護理記錄，查明當時注射及處理輸血之護理師，接著他去教研部查該位護理師是否有參加院內感染控制教育訓練，發現該護理師沒有參加過依規定需參加的院內感染控制教育訓練課程！

【討論】：以道德及法律角度討論應如何杜絕類似個案重演？

解答：本個案例最有可能也是唯一可能是因急診在處理過程由靜脈途徑把抗

藥性葡萄球菌送到病人血液中造成醫源性菌血症及細菌性心內膜炎。

通常對於這種案例，醫院一般是不做內部檢討也沒有人會被追究。若

該醫院做內部之深入檢討，追查此次院內感染之源頭，查出當時為該

病人處理靜脈輸注之護理師名字，由其共同負責檢討及分擔賠償，則

方能真正杜絕類似事件再度發生。近年醫療糾紛層出不窮，社會大眾

常抱怨現代醫德沈淪，因此醫療從業人員發動自清、自律運動，而有

醫療人員需強制接受醫學倫理再教育學分之新規定，但再教育只能達

成灌輸觀念的目的，並不能杜絕醫療不良事件之發生。當事人被醫院或甚至法律追究、負責分擔賠償，或許能遏止類似事件再度發生，維護病人的安全及保障病人的權益，也才真正能落實提升醫療品質的最終目標。

2008/02/07 初稿、2009/6/16 一修、2010/07/20 二修

【專家講評】

追蹤者應如何運作以減少及預防院內感染？

追蹤者 (tracer) 是在發現有院內感染案情時，往前追查其可能源頭，但事實上，執行醫療是團隊行為，此時追蹤者的做法有二：(1) 把發生事件之所有可能原因全部列出，公開討論防範對策，由全體醫療人員參與；及 (2) 在各該發生事件之單位做內部檢討，指定可能之關係人 (註：可以不只一位) 做報告，追究原因，求能減少再次類似事件，並對沒有參加感控教育的關係人給予諸如扣薪之處罰。這種做法也許較能被接受，較接近現實 (real world)。

您學習到的這個實際案例是屬於下列何種情境 (可複選、重要者在前)？

- a. 知情同意
- b. 代理決定
- c. 預立醫囑
- d. 醫療法律

- e. 利益衝突
- f. 同儕倫理
- g. 醫療錯誤 (過失/疏忽)
- h. 其它:(自填) _____

答案：g、d、h：病人安全 (感控)

10. 案例 5

感染控制

(劇本)

指導老師：張念中教授、曾櫻枝老師

【地點】：急診、普通病房

【角色】：3 人

6. 說明者(1)

7. 說明者(2)

8. 說明者(3)

【劇本】：

1. 說明者(1)：急診

黃先生，71 歲，生來健康，唯有血壓值偏高，收縮壓約為 150 到 160 毫米汞柱，他並沒有吃降壓劑。他近五年來常有胃酸過多現象，一星期前解黑便，他漸覺全身無力，這種無力感愈來愈厲害，因此他到附近的大醫院看急診。

急診醫生為他量血壓發現收縮壓只有 92 毫米汞柱，醫生做緊急指示後，他被推到留觀區。

該床負責護理師很快為他打上靜脈留置針，並由留置針抽血送檢，護理師接著在留置針後方接上輸血用點滴滴注管（Blood transfusion set）及生理食鹽水塑膠瓶，依醫生指示調節每小時滴下速率為 150 西西。

30 分鐘後血紅素數據出來是 7.2，病歷內有一年前黃先生參加該醫院為社區老人安排的體檢記錄，當時血紅素是 14.3，屬正常，本次顯然是一次腸胃出血合併因失血造成的低血壓。

急診醫生立即為他安排輸血，一小時後血庫通知來領血，急診 call 傳送領血回來 ER。

急診的兩名護理師三讀核對血型、Rh 型及血袋上的號碼標籤，核對無誤後，留觀區該床負責護理師拿著血袋到病床旁，護理師把點滴滴注管插到生理食鹽水塑膠瓶橡皮頭部位用力拔開，再把點滴滴注管倒插入血袋，血很快順滴滴注管注入靜脈內。

兩小時半後 200 西西的濃厚紅血球 (packed red blood cells) 滴完，護理師再去拿第二袋，用同法插接上，第二袋順利滴注完成，滴注完全後，護理師來接上生理食鹽水沖洗，並為病人再量血壓，發現血壓已恢復到收縮壓為 108 毫米汞柱。

2. 說明者(2)：普通病房

病人感覺好多了，ER 醫生指示收住院到腸胃科病房觀察。

第二天早上八點做了血紅素追蹤檢查，結果出來是 9.0，血壓也恢復到收縮壓 134 毫米汞柱。

兩天後病人開始發燒，但沒有咳嗽、頻尿或腹痛不適，感染指數 (C-反應蛋白) 高達 27.8，間隔 30 分鐘的兩次動脈血液各 10 西西被抽去做培養。

兩天後兩套血液培養皆長出菌來，做染色皆是革蘭氏陽性球菌，再兩天後證實兩套皆培養出抗藥性葡萄球菌 (Oxacilline resistant staphylococcus aureus; ORSA)，醫生知道報告後立即指示為病人打上萬古黴素 (Vancomycin) 靜脈點滴。

兩週後出現嚴重的萬古黴素副作用，發燒卻持續不退，感染指數居高不下，他開始喘起來，胸部 X 光出現肺水腫，心電圖無特殊變化，經食道心臟超音波證實主動脈瓣上有破洞合併重度逆流，原來細菌已侵犯到主動脈瓣，在其上長出菌塊而將之破壞。為病人做經食道心臟超音波的心臟內科醫生建議會診心臟外科評估緊急手術之必要性及危險性。外科醫生與家屬討論，外科醫生告訴病人家屬逆流已達重度需手術置換人工瓣膜，但此時手術之危險高達 50%，意思是只有

一半會成功。

家屬中有一位是某醫學院微生物學老師，問細菌是哪一隻？醫生回答是葡萄球菌。醫生問與病人同住的家屬，證實病人近兩週並無任何大的皮膚傷口、也無拔牙、處理牙齒病史，他也沒有接受任何侵襲性檢查、處置的病史，且病人除了本次急診輸血外，近兩週也無任何靜脈注射之病史，他也非毒癮之個案。

做經食道超音波次日病人在加護病房突然發生心室顫動猝死。

3. 說明者(3)：

家屬求償 2000 萬。

本個案後來由該醫院醫糾處理小組會議決定支付慰問金 200 萬，家屬勉強接受。醫院醫糾處理小組會議判定責任屬於「疏忽、督導不周」，由院基金支付 70%，急診科基金支付 10%，急診接案主治醫師個人支付 20%，但院內沒有其它人被追究。

急診接案主治醫師被該醫院醫糾處理小組判定個人需支付慰問金的 20%，覺得很委屈，他去翻閱病歷看護理記錄，查明當時注射及處理輸血之護理師，接著他去教研部查該位護理師是否有參加院內感染控制教育訓練，發現該護理師沒有參加過依規定需參加的院內感染控制教育訓練課程！

11. 案例 6 如何監控視病猶親 (案例內容)

指導老師：張念中教授

【摘要】：

建立流程與落實流程不同，有完整、完美的、定期修訂的書面流程只是基本，為使全體員工熟悉此流程，反複演練、測試也不一定有用。最重要的是醫療提供者 (health care provider) 要人人心存「視病猶親」的觀念來落實流程。時時刻刻心存若這位病人是自己父母時會怎麼做。如何做才能讓全體醫療人員執行醫療業務時「視病猶親」呢？，要如何監控呢？本次以實際案例做討論。

【案例】：

王伯伯 80 歲，因膝關節問題，到北部某一家醫學中心看醫生，醫生說右膝關節退化很嚴重需開刀，開刀前兩天早上王伯伯住院了，住院後當天接近大夜轉一次病房。在轉床前的小夜，林主治醫師來說明，後天早上開右膝關節第一台刀。轉好床的第 2 天凌晨 7 點，傳送進來對著王伯伯說：「阿公，走！我們去開刀房」。於是王伯伯乖乖的躺在病床上等候，此時陪伴王伯伯在醫院過夜的兒子買早餐回來，心裡覺得奇怪，為什麼醫生昨天明明說後天開刀，卻提前了呢？但心中馬上釋疑，想也許醫生經過他的拜託而提前了。5 分鐘後，病人被移到走廊，護士小姐來量血壓，問「王伯伯您準備好了嗎？」，王伯伯說：「ㄟ」。傳送推著床說，「最近開脊椎的還真不少，今天連伯伯一共有五位」，兒子覺得很奇怪，問說：「林醫師也開脊椎嗎？」，傳送說「是啊！」，傳送說：「伯伯不是要開脊椎嗎？」。兒子心想，這是怎麼回事？若是今天我不在醫院陪老爸，那老爸不就被送去開脊椎了嗎？，以前常常聽人家說，在醫院會有拿錯藥、吃錯藥、甚至被

開錯刀的事件。原來今天這個病房要送開刀房開脊椎的病人，就住這張床，也姓王，主治醫師也是這位醫師，病人在昨天傍晚被轉走了。

到醫院看醫生做檢查或治療，絕不能傻傻的任人擺佈，要清楚知道醫護人員找你做什麼事。一定要問清楚對方要你做什麼？，而且重點是要讓對方知道你叫什麼名字？，不要護理人員出現在你面前，說要做什麼你就配合做什麼。

隔天早上，王伯伯終於準備要送開刀房了，一位護士小姐進來，要幫王伯伯量血壓，此時王伯伯很可愛的大聲說：「護士小姐，我叫什麼名字？」小姐當場愣住，抬頭仔細看了一下床頭牌說：「你是王俠夫伯伯嗎？」，只見王伯伯不停的點頭說：「對，對，好，好，你要做什麼檢查啊？」。但是，這樣真是對嗎？既然要量血壓已知要量哪一位病人的，還需看床頭牌嗎？也許那位來量血壓的護士因愣住才看床頭牌的。從這樁真實的小故事讓我們深深的體會到，醫療提供者應先要知道要去做治療的這位病人叫什麼姓名，主動問病人：「伯伯您叫什麼名字？」，讓病人回答，不可問：「伯伯您是不是叫王俠夫？」。往往病人因沒有聽清楚，尤其病人自己也姓王時，沒有聽到全名，只聽到王，很有可能就回答「是」，而造成錯誤。

【討論議題】

1. 法律對醫療過失 (medical error) 之認知，範圍是什麼？

【解答】：醫療錯誤也就是醫療「過失」的定義是「應注意而未注意」，是「原可避免的、具傷害性的，且低於醫療的一般期待標準」，也就是「一名適度謹慎、學識達一定水準的醫師在類似情形下應可注意到」的。須符合三條件之全部：1. 應注意而未注意；2. 造成傷害；3. 有因果關連。這種醫療錯誤需要醫療從業人員時時刻刻心存「視病猶親」之「同理心」方能求避免。註：民國 83 年 1 月消費者保護法公佈實施以來，醫療行為是否適用無過失賠償，就一直處於爭議中。

當時的做法是發生糾紛時「只要醫師能夠舉證當時所提供之醫療服務係符合當時科技或專業水準時，就可以據以免責」。但「醫療法」修正條文於民國 93 年 4 月 9 日立法院三讀通過，同年 4 月 28 日總統公布實施，第八十二條：「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任」，第八十三條：「司法院應指定法院設立醫事專業法庭，由具有醫事相關專業知識或審判經驗之法官，辦理醫事糾紛訴訟案件」。醫療損害在醫療法修正後，原則上將不須負擔「無過失賠償責任」。

2. 什麼是符合當時的專業水準？

【解答】：「符合當時的專業水準」是符合當時的「醫療的一般期待標準」，也就是醫療處置「須依據當時之處理準則(指引)(practice guideline)」。疾病之早期、疾病之罕見型、罕見疾病往往難以診斷，而常導致延誤治療，法律上認定是否有「過失」，常使用是否有「應注意而未注意」來判定，而是否有「應注意而未注意」又看是否「符合當時的專業水準」來認定。是否「符合當時的專業水準」，見仁見智，勢必又回歸「醫療專業之判定」，因此有所謂「醫事專業法庭」，委聘專家成立委員會、小組做「醫療專業鑑定」之舉。醫療專業鑑定之依據是「一名適度謹慎、學識達一定水準的醫師在類似情況下是否能注意到」來判定之，這又是見仁見智了。因此每天的醫療處置現場，依據處理準則做事，變得很重要。病歷記錄有相同的重要性，需把處理過程，以「流水帳」方式，依時間順序做詳實記錄，以「因為...，所以...」的方式，尤其做相同內容的追蹤檢查、進一步檢查時之理由或健保核刪之申復時，是需要依據因果關連式的詳細病歷記錄來做佐證的。

3. 病人安全目標及策略？

【解答】：

一、 提升用藥安全

1. 落實正確給藥流程
2. 檢視病人用藥過敏史
3. 過濾用藥交互副作用
4. 確實教育藥物學名及商品名

二、落實醫療機構感染控制

1. 落實醫療照護相關工作人員正確洗手
2. 落實一般病人及易感染病人之相異之感染控制流程
3. 重大或異常院內感染事件處理

三、提升手術正確性

1. 落實手術部位標記
2. 落實執行手術室安全作業規範

四、提升病人辨識的正確性

1. 以主動溝通方式確認病人（譬如：問病人姓名而非叫病人姓名）
2. 至少要有二種以上辨識病人身分之方法

五、預防病人跌倒

1. 落實執行有效的跌倒防範措施
2. 加強監測與通報病人跌倒與其傷害程度

六、鼓勵異常事件通報

1. 營造異常事件通報文化
2. 落實院內病人安全通報標準作業流程，對異常事件原因分析、訂定改善措施、落實依改善方式之再執行及再檢討
3. 鼓勵參與全國性病人安全通報系統，建立機關間分享經驗及資訊交流平台

七、改善交接病人之溝通與安全

1. 落實單位內交班之標準作業程序
2. 落實單位間交接病人之標準作業程序
3. 落實單位間運送病人之標準作業程序

八、提升民眾參與病人安全

1. 擴大病人安全委員會參與層面
2. 鼓勵與民眾代表進行溝通，了解民眾思維

3. 落實民眾申訴管道

醫療提供者處處能心存「同理心」，替病患抽血、照 X 光乃至於換藥、打針，思考若病人是自己親人時是不是也是同樣的作法，若答案是「Yes (是的)」，就是「視病猶親」，則可減少及避免人為錯誤的發生。

病人安全國際目標 (International Patient Safety Goals ; IPSG) 共有 6 項：

1. 正確辨識病人本人。
2. 促進團隊有效溝通。
3. 提昇用藥安全，包括減少交互副作用。
4. 確保術式、及部位正確。
5. 減少醫療相關感染風險。
6. 減少病人跌倒傷害。

請問：

1. 您認為在日常診療當中最常見的 3 項，最常見者排第一？
2. 您認為在日常診療當中最難達成的 3 項，最難者排第一？

其實，每個人的回答可能都不同。可以在任何場合以即時回饋系統 (Interactive Response System)，簡稱 IRS，做按鍵無記名票選，必有有趣的結果。

4. 同理心是指什麼？

【解答】：同理心就是思考自己是這位病人時需要醫生怎麼對待我，病人說：「醫生，我昨天肚子好痛ㄗ～」，醫生應該說：「ㄗ～，那的確是很痛」，這個表現同理心的基本對話。

【專家講評】

視病猶親的真諦

落實「視病猶親」，就是當這位病人是自己父母時，會是同樣做法嗎？，譬如：打點滴留置針時，依規定需要三消，對於自己父母有做到確實三消，但對於病人卻只做一消，那就是沒有落實「視病猶親」。為減少醫療疏失需依流程作業。建立流程與落實流程不同，有完整、完美的、定期修訂的書面流程只是基本，全體員工能熟悉此流程，反複演練、測試也不一定有用。最重要的是醫療提供者

(health care provider) 人人要有「視病猶親」的觀念，來落實這個已建立好的流程，時時刻刻心存若這位病人是自己父母時會怎麼做。病人辨識是其中一例，建立病人辨識流程，固然重要，最重要的是要落實辨識病人。若病人是自己父母時當然會再三檢視處方，包括在給藥前、實施檢查前及手術前，若一有疑慮時，一定會再三做再確認的動作。問題是如何能讓全體醫護人員對待病人時都能像對待自己父母一樣的「視病猶親」呢？，而且醫護人員是否有「視病猶親」又要如何監測呢？，用同儕制衡的方式可行嗎？。其實大家照料自己的事已把精神、體力用盡了，而且同事間沒有人願意得罪同儕，故可能以追查者 (tracer) 的方式較有可能達成任務。也就是說，一旦有異常事件發生時，立即確實追蹤源頭，加以檢討，論定責任歸屬，杜絕使之不要再度發生。還有，規則安排再教育且勵行全體員工參加(註：該院有規則安排再教育且該員工有參加就可減責、免責)、改善工作環境、充分休息、休閒、提昇待遇等，是刻不容緩的，是與心存「視病猶親」居同等重要的應有之配套措施。

您學習到的這個實際案例是屬於下列何種情境 (可複選、重要者在前) ?

- a. 知情同意
- b. 代理決定
- c. 預立醫囑
- d. 醫療法律
- e. 利益衝突
- f. 同儕倫理
- g. 醫療錯誤 (過失/疏忽)
- h. 其它 : (自填) _____

答案： g、h： 病人安全(病人辨識)

12. 案例 6
如何監控視病猶親
(劇本)
指導老師：張念中教授

【地點】：普通病房

【角色】：6 人

9. 病患本人：王伯伯

10. 兒子

11. 傳送

12. 林護理師

13. 蕭護理師

14. 說明者(可由他組學員擔任)

【劇本】：

說明者：王伯伯 80 歲，因膝關節問題，到北部某一家醫學中心看醫生，醫生說右膝關節退化很嚴重需開刀，開刀前兩天早上王伯伯住院了，住院後當天接近大夜轉一次病房。在轉床前的小夜，林主治醫師來說明，後天早上開右膝關節第一台刀。轉好床的第 2 天凌晨 7 點，

傳送進來對著王伯伯說：「阿公，走！我們去開刀房」。

說明者：於是王伯伯乖乖的躺在病床上等候，此時陪伴王伯伯在醫院過夜的兒子買早餐回來，心裡覺得奇怪，為什麼醫生昨天明明說後天開刀，卻提前了呢？但心中馬上釋疑，想也許醫生經過他的拜託而提前了。5 分鐘後，病人被移到走廊，林護理師來量血壓，問「王伯伯您準備好了嗎？」

王伯伯說：「ㄟ」。

傳送推著床說，「最近開脊椎的還真不少，今天連伯伯一共有五位」，

說明者：兒子覺得很奇怪，

兒子問說：「林醫師也開脊椎嗎？」，

傳送說「是啊！」，

傳送再說：「ㄅㄆㄅㄆ不是要開脊椎嗎？」。

說明者：兒子心想，這是怎麼回事？若是今天我不在醫院陪老爸，那老爸不就被送去開脊椎了嗎？，以前常常聽人家說，在醫院會有拿錯藥、吃錯藥、甚至被開錯刀的事件。原來今天這個病房要送開刀房開脊椎的病人，就住這張床，也姓王，主治醫師也是這位醫師，病人在昨天傍晚被轉走了。

說明者：到醫院看醫生做檢查或治療，絕不能傻傻的任人擺佈，要清楚知道醫護人員找你做什麼事。一定要問清楚對方要你做什麼？，而且重點是要讓對方知道你叫什麼名字？，不要護理人員出現在你面前，說要做什麼你就配合做什麼。隔天早上，王伯伯終於準備要送開刀房了，蕭護理師進來，要幫王伯伯量血壓王伯伯很可愛的大聲說：「護士小姐，我叫什麼名字？」

說明者：小姐當場愣住，抬頭仔細看了一下床頭牌

蕭護理師說：「你是王俠夫伯伯嗎？」

王伯伯不停的點頭說：「對，對，好，好，你要做什麼檢查啊？」。

說明者：但是，這樣真是對嗎？既然要量血壓已知要量哪一位病人的，還需看床頭牌嗎？也許那位來量血壓的護士因愣住才看床頭牌的。從這樁真實的小故事讓我們深深的體會到，醫療提供者應先要知道要去做治療的這位病人叫什麼姓名，主動問病人：伯伯您叫什麼名字？，讓病人回答，不可問：伯伯您是不是叫王俠夫？。往往病人因沒有聽清楚，尤其病人自己也姓王時，沒有聽到全名，只聽到王，很有可能就回答「是」，而造成錯誤。

八、案例討論課程注意事項

1. 每次上課：由老師先做 IRS-10 分鐘
2. 負責該案例的一組同學就下述三項相關資料查妥，並於授課當天於上課開始前繳交一張 A4 之 12 號字體 1.5 行間距之簡要書面報告。此一 A4 是不包括案例內容之文字。三項是：(1) 此案例所爭議的倫理議題之該組預設解答及其理由，(2) 與案例相關的法律條文(若有) (3) 與案例相關參考資料。
3. 第一小時 (授課時間設定為 50 分鐘，扣除 IRS-10 分鐘，剩餘 40 分鐘)：負責該案例之該組同學上台以演劇方式將案例表演 20 分鐘，再推派代表一至數位分別以上述三項做報告及全班討論共 20 分鐘，(請自做發言用舉牌)
4. 第二小時(授課時間設定為 50 分鐘)：前 30 分鐘續做報告及全班討論，後 20 分鐘授課老師講評及經驗分享。
5. 課後：老師與學生藉由網站平台做雙向回饋、討論、補充資料

九、行動學習與反思課注意事項

1. 每位同學於該次課前寫一份反思報告
2. 每位同學上台做反思報告 10 分，討論 2 分
3. 老師及全體同學藉由現場及/或網站平台做雙向回饋、討論、資料補充

十、老師對學生評量表單

| 組別 | 系所別 | 學號 | 姓名 | 小組演戲 (30%) | 小組報告 | | 課堂互動 (加分)1~5 分 | 期末報告 (書面，50%) | 課程參與 (缺席第三次起每 缺席一次扣 2 分) |
|-----|-----|----|----|---------------|---------|---------|-------------------|------------------|--------------------------------|
| | | | | | 書面(10%) | 口頭(10%) | | | |
| 第一組 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 第二組 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 第三組 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

十一、期中、末自辦之學生對教學評量表單

課程教學意見調查問卷

一、基本資訊

1. 這門課我的出缺席狀況是：

- 從不缺課 缺課 1-2 次 缺課 3-4 次 缺課 5-9 次 缺課 10 次
(含) 以上

2. 這門課教師的缺課或調課狀況是：

- 從不缺課或調課 缺課或調課 1-2 次 缺課或調課 3-4 次 缺課
或調課 5-9 次 缺課或調課 10 次 (含) 以上

3. 教師在學期初提供課程大綱：是 否

4. 教師在課堂前提供課程資料：是 否

5. 教師對本課程是否安排課外學習活動 (可複選)：

- 是 (做習題 寫報告 準備口頭報告 閱讀心得 專案研究 作
品或展演 準備隨堂測驗 其他：[敘述]

否

6. 我每週平均花多少時間做本課程課後學習活動？

- 0 小時 0-1 小時 1-2 小時 2-3 小時 3-4 小時 4 小時以上

二、課程與教學

| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 非 | 不 | 普 | 同 | 非 |
| | 常 | | | | 常 |
| | 不 | 同 | | | 同 |
| | 同 | | | | 同 |
| | 意 | 意 | 通 | 意 | 意 |
| 1. 教師具備講授本課程之專業知識 | <input type="checkbox"/> |
| 2. 本課程教材內容充實，組織完善 | <input type="checkbox"/> |
| 3. 教師對課程進度安排適當，充分運用課堂時間 | <input type="checkbox"/> |
| 4. 教師用心準備教學 | <input type="checkbox"/> |
| 5. 教師適當使用各種教學方法 | <input type="checkbox"/> |
| 6. 教師講解的表達方式良好，使課程容易瞭解 | <input type="checkbox"/> |
| 7. 教師態度認真，在教學過程中顯示其熱忱 | <input type="checkbox"/> |
| 8. 教師樂於回答學生問題 | <input type="checkbox"/> |

5 分量表

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. 教師在學期初曾詳細說明評分方式 | <input type="checkbox"/> |
| 10. 本課程之課後學習活動對我的學習有幫助 | <input type="checkbox"/> |
| 11. (總評) 綜合而言, 我認為這門課的教學效果良好 | <input type="checkbox"/> |

三、學習成果 (僅供教師參考, 不計入評鑑值計算)

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 我能說明這門課的主要內涵與重點 | <input type="checkbox"/> |
| 2. 這門課能提供我繼續延伸學習的基礎 | <input type="checkbox"/> |
| 3. 我知道如何應用這門課所學的知識 | <input type="checkbox"/> |
| 4. 這門課增進我組織與分析的能力 | <input type="checkbox"/> |
| 5. 這門課幫助我思考過去我沒有想過的問題 | <input type="checkbox"/> |
| 四、建議 | <input type="checkbox"/> |

我對這門課有以下建議或意見 (包括教師教學優良項目或學習改進意見)

十二、期末報告匯集成冊出版



TMU

Teaching

Excellence